

## 経過中に症状と形態の変化が観察された cap polyposis の 1例

藤嶋昌一郎，武田弘明，石浜活義，福井忠久，中沢雄一，折居智彦，  
原田 将，渡辺晋一郎，柘植香里，伊藤ななみ，河田純男

山形大学医学部内科学第二講座  
(平成14年10月28日受理)

### 要 旨

患者は62歳、女性。元来便秘傾向でいきむことが多かった。平成8年に他院で直腸に限局して多発する発赤調の潰瘍病変を認め、直腸粘膜脱症候群（mucosal prolapse syndrome；以下MPS）と診断され経過観察されていた。平成9年2月より下血が出現し、便秘が一転して下痢となった。サラソピリン投与で経過観察されていたが症状が改善しないため、平成12年11月に当院第二内科へ紹介となった。直腸から遠位S状結腸に粘液、白苔に覆われた発赤調の隆起性病変を認めた。病理組織像では陰窩の過伸展、頂部に帽子状の肉芽組織の付着、粘膜固有層に血管増生と線維筋症を認めた。以上よりcap polyposisと診断した。本症例はMPSであった病変が、経過中にcap polyposisに至ったと考えられ、cap polyposisにはMPSを経由する症例があると思われた。

キーワード：cap polyposis、直腸粘膜脱症候群

### はじめに

cap polyposis(以下、CP)は1985年Williamsら<sup>1)</sup>により提唱された疾患概念で、臨床像は直腸粘膜脱症候群（mucosal prolapse syndrome; 以下、MPS）と多くの共通点を有する一方で特徴的な内視鏡所見、病理組織所見を呈する大腸の炎症性疾患である。今回われわれはMPSの経過中に症状、内視鏡所見ともにCPの典型像へ変化したと考えられた一例を経験したので報告する。

### 症 例

患者：62歳、女性。  
主訴：下痢、血便。  
家族歴：母、膀胱癌。既往歴：21歳時に虫垂炎。  
現病歴：元来、便秘でいきむことが多かった。平成8年検診で便潜血陽性を指摘され、近医で大腸内視鏡検査を施行された。下部直腸に浅く平坦な潰瘍形成を伴う赤色調の隆起性病変が認められた。同様の病変は中部直腸まで合計4個あり、すべて前壁に存在した。生検組織の病理組織所見で表面のびらん、炎症細胞の浸潤、粘

膜固有層に線維筋症が認められた。病変が直腸に限局し、前壁にみられ、病理所見がMPSに矛盾しないこと、また、いきみの習慣があることからMPSと診断された。平成9年2月より排便後に出血を伴い、さらに便秘が一転して下痢（6～7行/日）となったため近医を受診した。大腸内視鏡検査で下部直腸から30cmの範囲に10個の易出血性のポリープがみられ、慢性炎症性変化あるいは過形成性ポリープとの病理診断であった。非特異性直腸炎の臨床診断のもとにサラソピリンを処方され経過観察されていたが症状が改善しないため平成12年11月に当院第二内科紹介となる。

現症：体格、栄養中等度。眼瞼結膜に貧血なし。左下腹部に軽度の圧痛あり。

血液化学検査：軽度の低蛋白血症を認めたが、貧血なく、CRP陰性であった。また、便潜血は陽性であったが便培養は常在菌のみであった（表1）。

注腸X線所見（平成13年5月）：歯状線直上部からS状結腸に多数の隆起性病変を認めた（図1）。大腸内視鏡所見：平成8年8月の内視鏡所見では、下部直腸前壁に浅く、平坦な潰瘍形成を伴う赤色調の隆起性病変が認められた（図2）。平成12年11月の当科での内視鏡所見では、直腸のひだ上に横列した多数の隆起性病変を認め、正常粘膜を介して中部、遠位S状結腸までたこいぼ状の隆起性病変が認められた。これらの隆

起性病変は発赤が著明で表面に粘液、びらん、白苔を有しており、個々の病変の境界は明瞭であった。また、肛門側に近いほど隆起の程度が強く、かつ融合傾向も強かった（図3a,b,c）。病理組織所見：平成8年8月の病理組織所見では、表面のびらん、炎症性細胞の浸潤が認められ、粘膜固有層に線維筋症が認められMPSに矛盾しない所見であった（図4a,b）。平成12年11月の病理組織所見では、隆起病変の粘膜上皮

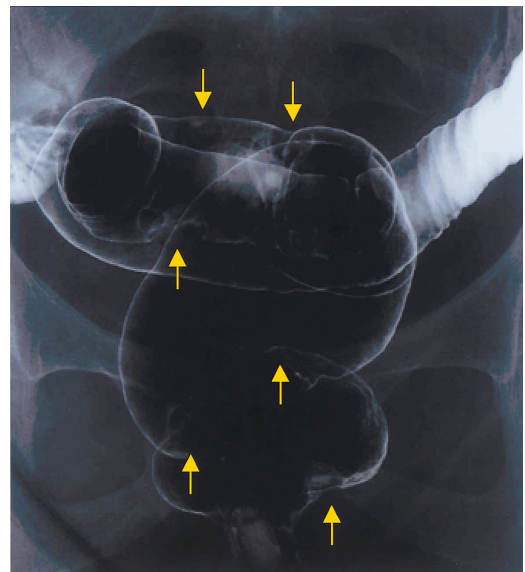


図1．注腸X線所見  
歯状線直上部からS状結腸に多数の隆起性病変を認めた。

表1．血液化学検査

WBC	5916/μl	TP	6 g/dl	BUN	13 mg/dl
Neut	61.5%	Alb	3.8 g/dl	Cre	0.5 mg/dl
Lym	25%	T-Bil	0.2 mg/dl	Na	145 mEq/l
Mono	8%	GOT	25 IU	K	3.8 mEq/l
Eos	5%	GPT	9 IU	Cl	109 mEq/l
Baso	0.5%	LDH	341 IU	TG	158 mg/dl
RBC	455 × 10 <sup>4</sup> /μl	ALP	109 IU	T-cho	256 mg/dl
Hb	14.3g/dl	rGTP	30 IU	CRP	0.2 mg/dl
MCV	94.7fl	Amy	83 IU	シアル酸	69 mg/dl
Plt	27.6 × 10 <sup>4</sup> /μl			便培養	常在菌

症状と形態の変化が観察された cap polyposis

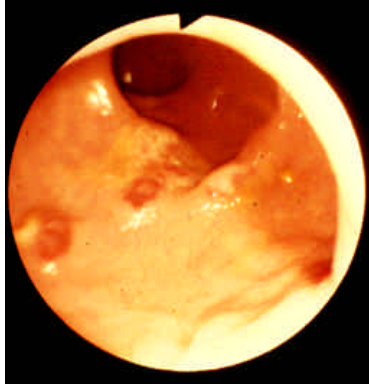


図 2 . 平成 8 年 8 月の大腸内視鏡所見

下部直腸前壁に浅く、平坦な潰瘍形成を伴う赤色調の隆起性病変が認められた。

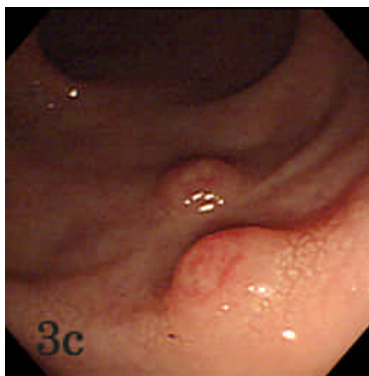
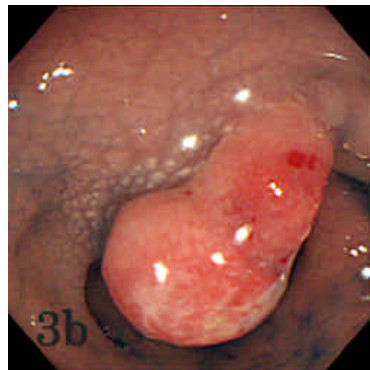
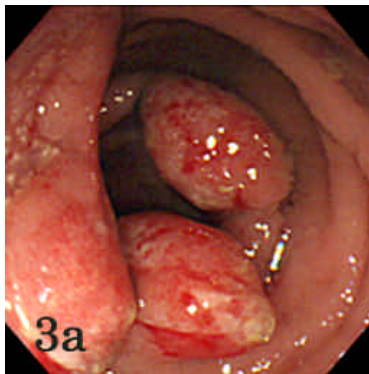


図 3 a,b,c . 平成 12 年 11 月の大腸内視鏡所見

- a 直腸のひだ上に横列した多数の隆起性病変を認めた。隆起病変は著明に発赤しており表面に粘液やびらん、白苔を有していた。病変の境界は明瞭で周囲粘膜はやや浮腫状であるが明らかな粘膜病変は認めなかった。
- b 隆起性病変の表面の粘液は洗浄で外れ、発赤した粘膜がみられた。
- c 遠位 S 状結腸に粘液を伴った発赤調の隆起性病変を認めた。病変の隆起の程度は肛門側に近いほど強かった。

陰窩は過伸展され、表面に炎症細胞の浸潤を伴う肉芽組織が認められた(図5a,b)。粘膜固有層には血管増生と線維筋症を認めた(図5c,d)。

平成12年11月の内視鏡所見および病理組織所見より、cap polyposis と診断した。本症例はサラソピリンが無効であったが、いきみの習慣をなくすように指導したところ下痢の軽快(2~3行/日)がみられたため現在経過観察中である。

## 考 察

cap polyposis は1985年にWilliamsら<sup>1)</sup>により直腸、S状結腸に多発し既知の疾患とは異なる炎症性ポリープに対して提唱された概念である。その後1993年にCampbellら<sup>2)</sup>によってcap polyposis との名称が付称された。特徴としては半月ひだの頂部を中心に輪状にみられる多発性広基性ポリープであり、表面は発赤、びらん状でしばしば粘液の付着を認め、この帽子状の膿性粘液に被われた特徴的な隆起の形態からcap polyposis と呼ばれている。病理組織学的には粘膜表面のcapは膿性の線維素性浸出物と、肉芽組織で形成されている。CPの診断で問題となるのがMPSとの異同である。両疾患の類似点は粘血便、下痢が主訴として多いこと。また、CPの経過観察例では直腸から口側に進展し、口側に比べて直腸病変が著明であること<sup>3)</sup>が挙げられ、さらに、組織学的にもMPSの特徴とされる線維筋症がCPでも認められることなどである。渡辺ら<sup>4)</sup>はCPはMPSの一亜型であろうと述べている。一方、両疾患の差異としては、肉眼像においてCPでは特徴的なCapがMPSの隆起型では認めず、形態が異なっていること、MPSでは感染の関与は否定的であるが、CPではメトロニダゾールの有効な症例<sup>5),6)</sup>があることから感染の関与も考えられること、また、病変の好発部位にも差がみられる。MPSは直腸に限局して発生し、前壁に多く、後壁の発生はまれである。CPは病変が直腸に限

局せず、口側に進展し、S状結腸や下行結腸まで広がっている症例がほとんどである。また、ひだ上に全周性に発生し融合することも多い。Gehenotら<sup>7)</sup>や赤松ら<sup>8)</sup>はCPとMPSは異なる独立した疾患であると述べている。現在のところCPとMPSの異同について意見の統一はみられていない。本症例は平成8年8月には主症状が便秘であり、大腸内視鏡所見では下部直腸から中部直腸に浅く平坦な潰瘍形成を伴う赤色調の隆起性病変を認め、すべて前壁に存在し、CPに特徴的なCapを伴う隆起ではないこと、また、病理組織所見では、表面のびらん、炎症細胞の浸潤が認められ、粘膜固有層に線維筋症が認められMPSに矛盾しない所見であり、CPに特徴的な表層をCap状に被う肉芽組織がみられないことからMPSであったと考えられる。平成9年2月より症状が便秘から一転して下痢となったが、下痢はCPで頻度の高い症状であり、MPSでは稀である。また、平成12年11月の大腸内視鏡所見では、直腸のひだ上に横列した多数の発赤が著明で表面に粘液、びらん、白苔を有する隆起性病変を認め、正常粘膜を介して中部、遠位S状結腸まで病変が認められ、平成8年8月の大腸内視鏡所見でみられた病変の形態と分布とは明らかな違いがみられ、CPに特徴的な所見を呈していた。さらに、病理組織所見で粘膜表面に炎症細胞の浸潤を伴う肉芽組織、いわゆるCapを認めた。以上より平成12年11月にCPと診断した。本症例はMPSであった病変が、経過中にCPに至ったと考えられ、このことはCPにはMPSを経由する症例があることを示唆していると思われる。中野ら<sup>9)</sup>は10年以上の経過でMPSからCPへの移行を観察できた症例を報告している。また、CPの病因は解明されていないが、CPの中には大腸運動機能異常を認めた症例<sup>10)</sup>や、いきみの習慣をやめることで改善した症例<sup>11)</sup>が報告され、CPの病因として粘膜脱の関与が推察される。組織学的に線維筋症がみられることは、このことを裏付けていると思われる。このことが



症状と形態の変化が観察された cap polyposis

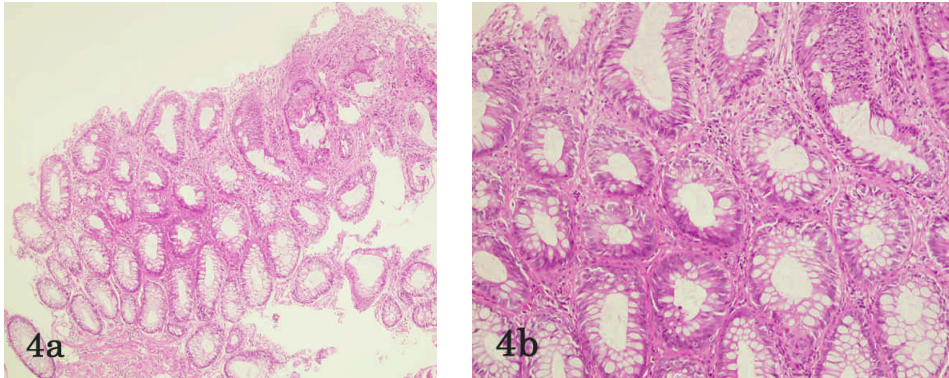


図 4 a,b . 平成 8 年 8 月の病理組織所見

- a 表面のびらん、炎症細胞の浸潤が認められ、粘膜固有層に線維筋症が認められた。粘膜表面を Cap 状に被う肉芽組織はみられなかった。
- b 線維筋症の拡大像である。

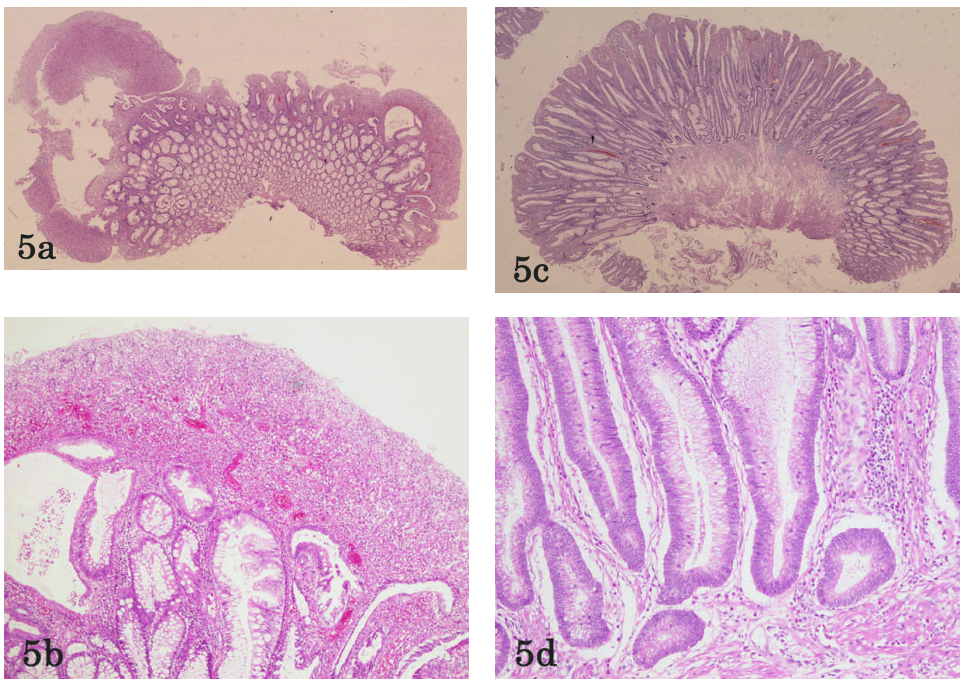


図 5 a,b,c,d . 平成 12 年 11 月の病理組織所見

- a 粘膜上皮の陰窩は過伸展され、粘膜表面に炎症細胞の浸潤を伴う肉芽組織、いわゆる Cap を認めた。
- b 炎症細胞の浸潤を伴う肉芽組織の拡大像である。
- c 粘膜固有層に線維筋症を認めた。
- d 線維筋症の拡大像である。

らも CP には MPS を経由する症例があると考えられた。

## 結 語

CP 及び MPS は成因、病理組織所見の類似から一連の疾患の可能性がある。本症例は MPS を経由して CP に至っており、CP には MPS を経由する症例がある可能性が示唆され、CP と MPS との異同を考えるうえで興味深いと思われた。

## 文 献

1. Williams GT, Bussey HJR, Morson BC: Inflammatory cap polyps of the large intestine. *Br J Surg* 1985; 72: S133
2. Campbell AP, Cobb CA, Chapman RW, Kettlewell M, Hoang P, Haot BJ, et al.: Cap polyposis - an unusual cause of diarrhoea. *Gut* 1993; 34: 562-564
3. 小林広幸, 望月祐一, 佐藤智雄, 吉田隆亮, 岸川英樹, 中村昌太郎: Cap polyposis の 1 例. *胃と腸* 1997 ; 32 : 213-219
4. 渡辺英伸, 味岡洋一, 太田玉紀: 炎症性腸疾患の病理学的鑑別診断. *胃と腸* 1990 ; 25 : 659-682
5. Kajihara H, Uno Y, Ying H, Tanaka M, Munakata A: Features of cap polyposis by magnifying colonoscopy. *Gastrointest Endosc* 2000; 52: 775-778
6. 津金永二, 赤松泰次, 大和理務: 妊娠中に発症した分類不能型大腸炎の 1 例. *Endoscopic Forum for Digestive Disease* 1989 ; 5 : 258-262
7. Geheot M, Colombel JF, Wolschies E: Cap polyposis occurring in the postoperative course of pelvic surgery. *Gut* 1994; 35: 1670-1672
8. 赤松泰次: Cap polyposis と粘膜脱症候群. *日本大腸肛門病会誌* 2001 ; 54 : 950-954
9. 中野浩, 長坂光夫, 神谷雅人, 高浜和也, 渡邊真, 黒田誠, 他: 10 年以上の経過で粘膜脱症候群から cap polyposis への移行を観察できた 1 症例. *胃と腸* 2002 ; 37 : 741-748
10. 大湾朝尚, 野崎良一, 武地幹夫: Cap polyposis の 1 例. *日本大腸肛門病会誌* 1998 ; 51 : 248-253
11. Oriuchi T, Kinouchi Y, Kimura M, Hiwatashi N, Hayakawa T, Watanabe H, et al.: Successful treatment of cap polyposis by avoidance of intraluminal trauma: clues to pathogenesis. *Am J Gastroenterol* 2000; 95: 2095-2098

## A Case of Cap Polyposis Syndrome Where a Change of a Symptom and a Form Were Observed in Progress

**Shoichiro Fujishima, Hiroaki Takeda, Katuyoshi Ishihama,  
Tadahisa Fukui, Yuichi Nakazawa, Tomohiko Orii, Masaru Harada,  
Shinichiro Watanabe, Kaori Tuge, Nanami Ito, Sumio Kawata**

*Second Department of Internal Medicine, Yamagata University School of  
Medicine, Yamagata 990-9585, Japan*

### **ABSTRACT**

A sixty-two year old female had been naturally afflicted with sever constipation. Colonoscopic examination was performed at the Oguni Town Hospital in 1996. Several shallow ulcers with inflammation which, exhibited mucosal prolapse syndrome (MPS), were observed in the anterior wall of the rectum. One year later, constipation changed to diarrhea containing blood. In 1999, she visited the Toda Clinic. Colonoscopy and barium enema study revealed multiple reddish polypoid lesions from the rectum to distal sigmoid colon. The top of those polypoid lesions was covered with white mucous. Pathological samples taken by snare polypectomy showed massive inflammatory cell infiltration and fibromuscular obliteration. She then consulted us about these conditions. Colonoscopic examination at our hospital showed almost the same findings, and we confirmed that this pathological condition was appropriately diagnosed as a typical cap polyposis syndrome. In this case, MPS with constipation had transformed into a typical cap polyposis syndrome with bloody diarrhea. Accordingly, cap polyposis syndrome might be a progressed and variant form of MPS.

**Key words** : cap polyposis, mucosal prolapse syndrome